

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA****INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

NOMBRE DEL MENOR PARTICIPANTE <i>(Apellido, nombre, S. I.)</i>	MENOR BAJO CRIANZA TEMPORAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL 2 <sup>do</sup> MENOR PARTICIPANTE <i>(Apellido, nombre, S. I.)</i>	MENOR BAJO CRIANZA TEMPORAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) RESPONSABLE(S) DEL/LOS MENOR(ES) <i>(Apellido, Nombre, S. I.)</i>	NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN <i>(Número y calle, ciudad, estado, código postal)</i>	NÚM. DE MIEMBROS DE LA FAMILIA	
CORREO ELECTRÓNICO <i>(Opcional)</i>	PREFERENCIA PARA CONTACTARLO/A <i>(Correo Electrónico o Teléfono, Opcional)</i>	
MEJOR HORA PARA CONTACTARLO/A <i>(Opcional)</i>	IDIOMA PARA FUTURA CORRESPONDENCIA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	

**VERIFICACIÓN DE INGRESOS**

La(s) persona(s) responsable(s) debe(n) adjuntar uno de los siguientes:

- Última Declaración de Impuestos Federales presentada
- Los formularios W-2 del año más reciente
- Talones de cheque de 4 períodos de pago consecutivos
- Formulario 1041 de los EE.UU. sobre los Impuestos de Sucesión y Fideicomiso
- Verificación de Beneficios de Seguro por Desempleo

**VERIFICACIÓN DE INGRESOS ALTERNATIVOS**

Si usted no tiene documentación de ingresos, proporcione prueba de que la familia: participa en uno de los siguientes programas:

- AHCCCS – ID No.:
- WIC – ID No.:
- SNAP - ID No.:

**OTRO (POR FAVOR EXPLIQUE)****INGRESOS Y ACTIVOS DEL BEBE O NIÑO/A PEQUEÑO/A**El niño que recibe servicios ¿tiene herencia, fideicomiso u otros ingresos?  Sí  No *(Si marcó sí, adjunte la documentación.)***DECLINARSE A PROPORCIONAR INFORMACIÓN FINANCIERA**

- Yo declino en proporcionar Información Financiera y consiento en pagar el 100% de los costos de los servicios de intervención temprana.

**ATESTACIÓN DE LA(S) PERSONA(S) RESPONSABLE(S)**

Atestigo bajo pena de perjurio que la información proporcionada es correcta y completa según mi leal saber y entender.

FIRMA(S) DE LA(S) PERSONA(S) RESPONSABLE(S):	FECHA <i>(mm, dd, aaaa)</i>
FIRMA(S) DE LA(S) PERSONA(S) RESPONSABLE(S):	FECHA <i>(mm, dd, aaaa)</i>

**ENVÍE EL FORMULARIO A LA AGENCIA QUE PRESTA SERVICIOS DE AZEIP CORRESPONDIENTE**

AZ Department of Economic Security Division of Developmental Disabilities Attention: Business Operation, S/C 791A 1789 W. Jefferson Street Phoenix, AZ 85007	AZ State Schools for the Deaf and the Blind Attention: Tammy Kelly-Meixner PO Box 88510 Tucson, AZ 85754	AZ Department of Economic Security Arizona Early Intervention Program Attention: FCP Coordinator 3839 North 3 <sup>rd</sup> Street, Suite #304 Phoenix, AZ 85012
--	---	--

*Las instrucciones para llenar este formulario están al reverso.*

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-532-9960; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios de DES está disponible a solicitud del cliente.

## INSTRUCCIONES

### MENOR PARTICIPANTE

El/los nombre(s) del/los menor(es) (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*) recién nacido(s) hasta los tres años de edad, quienes recibe(n), a) Servicios de Intervención Temprana por medio del DES/AzEIP, DES/DDD o ASDB o, b) tienen más de tres años de edad y reciben Servicios por medio de DES/DDD que están sujetos a compartir costos. No incluya a los niños que no reciben los servicios de intervención temprana ni los servicios por discapacidad. Si es necesario, la persona responsable puede consentir en que las agencias que proporcionan servicios, divulguen suficiente información, para que puedan comparar los costos por proporcionar servicios a cada menor. El porcentaje a pagar se aplicará a los costos relacionados al menor cuyos servicios son los más caros. No se aplicarán tarifas a los servicios proporcionados a los otros menores

### MENOR BAJO CRIANZA TEMPORAL

#### ¿Está el menor bajo la custodia del Estado, de una tribu o de una agencia de bienestar infantil en otro estado?

Indique si el/los menor(es) está(n) actualmente bajo la custodia legal de DES, de una tribu o de una agencia de bienestar infantil en otro estado. En caso afirmativo llene la **Información Demográfica** y firme al pie del formulario. La Póliza de Costos Compartidos con la Familia no aplicará.

### FECHA DE NACIMIENTO

Fecha de nacimiento de cada menor que participa (MM/DD/AAAA).

### PERSONA RESPONSABLE

Proporcione el nombre completo de cada persona responsable. La "persona responsable" es: a) el/los padre(s) biológico(s) o adoptivo(s) que es/son el/los custodio(s) primario(s), o b) el tutor de un "menor participante".

### NÚMERO DE TELÉFONO

El número de teléfono, incluyendo el código de área de la persona responsable que responderá a las preguntas.

### DIRECCIÓN

La dirección completa de la persona responsable, a la que se le enviará información por correo.

### NÚMERO DE PERSONAS EN LA FAMILIA

El número total de miembros de la familia incluyendo:

- Persona(s) Responsable(s)
- Cónyuge, y
- Dependientes (*Un Dependiente debe cumplir con todos los siguientes requisitos*):
  - 1) El/la hijo/a, el/la hijastro/a, menor bajo crianza temporal, el/la hermano/a, el/la hermanastro/a o un descendiente de alguno de ellos;
  - 2) Menor de 19 años, O menor de 24 años y que sea un estudiante, O de cualquier edad y que esté permanente y totalmente deshabilitado/a;
  - 3) No proporcionó más de la mitad de su propio apoyo financieramente el año pasado;
  - 4) No presenta una declaración de impuestos conjunta; Y
  - 5) Vivió con usted más de la mitad del año

### CORREO ELECTRÓNICO (*Opcional*)

Correo electrónico de la persona responsable.

### MÉTODO PREFERIDO PARA COMUNICACIÓN (*Opcional*)

La preferencia de la persona responsable para recibir información por correo electrónico o por teléfono.

### MEJOR HORA PARA RECIBIR COMUNICACIÓN (*Opcional*)

Las horas y días de la semana en las cuales la persona responsable puede recibir comunicación, en caso de que se necesite clarificación.

### EL IDIOMA PARA FUTURA CORRESPONDENCIA

El idioma en el que la persona responsable se comunica. Si es un idioma diferente al inglés o al español, por favor especifique.

### VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Marque la casilla correspondiente a la documentación que adjunta para confirmar los ingresos anuales de la persona responsable.

- La Declaración de Impuestos Federales más reciente de cada una de las personas responsables (de preferencia).
- Los formularios W-2 de cada una de las personas responsables.
- Si no está disponible la Declaración de Impuestos Federales ni el formulario W-2, se pueden usar los talones de cheque de los últimos cuatro (4) períodos de pago consecutivos de cada una de las personas responsables. La información del pago de los talones de cheque será anualizada.
- El Formulario 1041 de los EE.UU. sobre los Impuestos de Sucesión y Fideicomiso
- Documentación de la agencia apropiada del gobierno que verifique el pago de beneficios de seguro por desempleo.

### COMPROBACIÓN ALTERNA DE INGRESOS

Cuando no esté disponible la documentación de ingresos, la persona responsable puede presentar documentación de inscripción actual en los siguientes programas, como verificación de que los ingresos de la persona responsable están inferiores a la cantidad requerida para que la póliza de Costos Compartidos Con la Familia sea aplicada:

- El Programa de Mujeres, Bebés y Niños (WIC por sus siglas en inglés.)
- El Programa de Asistencia Alimenticia Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés)
- Ciertos programas del Sistema de Contención de Costos Médicos de (AHCCCS por sus siglas en inglés)

### OTRO

Si no está disponible la **Verificación de Ingresos** ni la **Comprobación Alternativa de Ingresos**, por favor proporcione otra documentación con una explicación.

### INGRESOS Y ACTIVOS DEL BEBE O NIÑO/A PEQUEÑO/A

Indique si el bebe o niño/a pequeño/a que recibe servicios de intervención temprana tiene sucesión, fideicomiso u otros ingresos. En caso afirmativo, proporcione documentación utilizando las opciones de verificación identificadas en la **Verificación de Ingresos**, u otra documentación apropiada. La documentación referente a los ingresos y activos del bebe o niño/a pequeño/a debe ser presentada además de, y no en vez de, la verificación de la información financiera y de los ingresos de la persona responsable.

### DECLINACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN FINANCIERA

Marque ésta, si la persona responsable no está dispuesta a proporcionar su información financiera. Al hacerlo, la persona responsable asume la responsabilidad financiera de pagar el 100% de los costos del estado por los servicios a los cuales se aplican los honorarios.

### ATESTACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

La persona responsable atestigua que la información proporcionada está correcta y completa.

### PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO

La persona responsable debe de presentar este formulario de Información Financiera y la otra documentación requerida a su Agencia que Proporciona Servicios de AzEIP en el sobre autodirigido con franqueo adjunto. Si es necesario, su Coordinador(a) de Servicios también puede confirmarle a dónde debe enviar la información.